IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 35)
z dnia 26 kwietnia 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 35)

26 kwietnia 2022 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Lidii Burzyńskiej (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji ministra zdrowia oraz rzecznika praw pacjenta na temat ochrony praw starszych pacjentów;

– rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji programu Leki 75+ oraz planów w zakresie kompleksowego wsparcia pacjentów w wieku senioralnym w zakresie uniknięcia polipragmazji (niewłaściwej terapii wielolekowej);

– rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2023 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** i **Piotr Bromber** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Błażewicz** zastępca rzecznika praw pacjenta, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, **Marcin Miernicki** specjalista z Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Agnieszka Neumann-Podczaska** koordynator pilotażu przeglądu lekowego, **Mateusz Czarnowski** pełnomocnik wojewody kujawsko-pomorskiego ds. polityki senioralnej, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Alicja Kaczorowska, Katarzyna Wieczorowska-Tobis** oraz **Rafał Sapuła** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Grażyna Kućmierowska** i **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Witam państwa serdecznie. Stwierdzam przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji wobec niewniesienia do niego zastrzeżeń.

Informuję, że dzisiejsze posiedzenie Komisji jest prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Jednocześnie informuję, że posłowie członkowie Komisji obecni na sali głosują przy użyciu urządzenia do głosowania za pomocą legitymacji poselskiej – wówczas nie logują się w systemie komunikacji elektronicznej i nie używają tabletów.

Przystąpimy zatem do stwierdzenia kworum. Bardzo proszę państwa posłów o naciśnięcie jakiegokolwiek przycisku w celu potwierdzenia obecności na posiedzeniu Komisji.

Głos z sali:

Mamy kworum.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję. Proszę zostawić jeszcze otwarte głosowanie dla ewentualnych spóźnialskich, żeby była możliwość zalogowania się.

Bardzo serdecznie witam na posiedzeniu naszej Komisji zaproszonych gości. Bardzo serdecznie witam pana Macieja Miłkowskiego – podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, również serdecznie witam pana Piotra Brombera – podsekretarza stanu w MZ. Witam pana Dariusza Poznańskiego – dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i pana Jakuba

Bydłonia – dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego w MZ. Serdecznie witam również gości zdalnych. Jest wśród nas zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz – witam pana serdecznie. Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentuje pan Marcin Miernicki – specjalista z Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej reprezentuje jak zawsze niezawodna pani Lidia Ułanowska – dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej. Jest jeszcze nieobecna, ale zgłosiła akces uczestnictwa, pani dr Alicja Kaczorowska – stały doradca Komisji. Jest z nami pan Kordian Kulaszewicz, prezes Fundacji Adaptacja – witam serdecznie. Witam również pana Jerzego Płókarza – prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Jest z nami zdalnie pani prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, stały doradca Komisji – witam panią serdecznie. Witam również uczestniczącego zdalnie w naszym posiedzeniu Komisji dr. Rafała Sapułę – stałego doradcę Komisji. Wśród obecnych jest również pani doc. Agnieszka Neumann-Podczaska, koordynator pilotażu przeglądu lekowego – witam panią serdecznie. Zdalnie uczestniczy pan Mateusz Czarnowski, pełnomocnik wojewody kujawsko-pomorskiego ds. polityki senioralnej – witam serdecznie. Witam panią Elżbietę Ostrowską – przewodniczącą zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, która również łączy się z nami zdalnie. Podczas nieobecności została przywitana pani Kaczorowska – witam panią bardzo serdecznie.

Szanowni państwo, stwierdzam kworum. Panie podpowiadają, że kworum jest, zatem przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Porządek dzienny posiedzenia dzisiejszej Komisji przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia oraz rzecznika praw pacjenta na temat ochrony praw starszych pacjentów, rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji programu Leki 75+ oraz planów w zakresie kompleksowego wsparcia pacjentów w wieku senioralnym w celu uniknięcia polipragmazji (niewłaściwej terapii wielolekowej) oraz rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2023 r.

Proszę państwa, nie mogło być inaczej. Nie powitałam koleżanek i kolegów posłów. Witam serdecznie na posiedzeniu Komisji.

Bardzo proszę o informację ministra zdrowia na temat ochrony praw starszych pacjentów.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w kilku słowach postaram się zaprezentować informację w temacie ochrony praw starszych pacjentów.

W pierwszej kolejności warto podkreślić, że przepisy ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta nie regulują odrębnie kwestii związanych z osobami starszymi, czyli nie przewidują wobec osób starszych, starszych pacjentów, seniorów odrębnego trybu postępowania. Katalog praw pacjenta oraz obowiązków lekarzy i innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozostaje niezmienny niezależnie od wieku pacjenta. Osoby starsze korzystają z opieki zdrowotnej na równych zasadach z innymi grupami wiekowymi. Nie prowadzi się też dla tych pacjentów odrębnego trybu postępowania, na przykład odrębnej listy oczekujących na wizytę lekarską czy na badania diagnostyczne. Osoby starsze jak każda inna grupa pacjentów realizują dostęp do świadczeń na zasadach powszechnych. To jest istotna informacja, którą warto podkreślić.

Głównym dokumentem, który realizuje politykę zdrowia publicznego w Polsce, jest „Narodowy program zdrowia", którego aktualna edycja obejmuje lata 2021–2025. Jest to dokument strategiczny, jeżeli chodzi o zdrowie publiczne w Polsce. Przyjmowany jest na okres nie krótszy niż pięć lat. Celem strategicznym tego programu jest zwiększenie – i to jest istotne w kontekście dzisiejszego tematu – liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Szczególnie kwestia zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu wymaga zaakcentowania.

W celu operacyjnym zatytułowanym „Wyzwania demograficzne" przewidziano działania profilaktyczne na rzecz wsparcia osób starszych, a także ich opiekunów. Do kluczowych obszarów zadań dedykowanych osobom starszym przewidzianych do realizacji w tym programie należą m.in.: profilaktyka problemów zdrowotnych występujących u osób starszych – tutaj przede wszystkim akcent kładzie się na edukację na temat pre-

wencji urazów i upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji; edukację opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami; edukację przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych; informowanie i edukację przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób charakterystycznych związanych z wiekiem; edukację w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy; opracowanie i wdrożenie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem; rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej dla osób starszych i ich opiekunów nieformalnych; badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpracę międzynarodową w tym zakresie; działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi w ramach systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Innym strategicznym dokumentem istotnym dla systemu ochrony zdrowia właśnie w kontekście postępującego starzenia się społeczeństwa jest strategia deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Została przygotowana jako jedna z podstaw planowania działań w zakresie nowej perspektywy – finansowanej ze środków 2021–2027. Nie będę już omawiał jej celów nadrzędnych. Te cele nadrzędne zostały wskazane w informacji przekazanej na dzisiejsze posiedzenie. Jeżeli chodzi o to, na czym skupia się ta strategia deinstytucjonalizacji, to m.in. na: rozwoju dziennej opieki zdrowotnej, poszerzeniu form dziennej opieki medycznej dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym osób z zaburzeniami otępiennymi), poprawie dostępności do domowej opieki zdrowotnej. W głównej mierze chodzi tu o zwiększenie dostępności i jakości opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, szczególnie tej udzielanej w warunkach domowych. Ponadto strategia skupia się na podniesieniu kompetencji kadr opiekuńczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej, hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych; wsparciu środowiskowych opiekunów nieformalnych osób starszych – chodzi tu przede wszystkim o wsparcie informacyjne, edukacyjne, psychologiczne dostępne w środowisku lokalnym oraz zdalnie; koordynacji dostępnych informacji na temat świadczeń i usług zdrowotnych istniejących w systemie publicznej ochrony zdrowia dla osób starszych i ich opiekunów.

Prowadzone są również działania dotyczące wsparcia sektora zdrowia w zakresie „Krajowego planu odbudowy” i „Instrumentu na rzecz odbudowy i zwiększenia odporności”. Celem szczegółowym tego instrumentu jest poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności właśnie w obszarach kluczowych ze względu na zagrożenie epidemiologiczne, choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną.

Inwestycje w zakresie zdrowia w ramach KPO będą przede wszystkim dotyczyć modernizacji infrastruktury placówek leczniczych, rozwoju kadr, cyfryzacji ochrony zdrowia oraz rozwoju badań w dziedzinie nauk medycznych oraz sektora farmaceutycznego. W efekcie zaplanowanych działań w ramach KPO zmniejszą się nierówności terytorialne. To jest właśnie to, o czym mówiłem na początku. Zmniejszenie nierówności jest istotne z punktu widzenia nie tylko osób starszych, lecz także funkcjonowania dostępności systemu ochrony zdrowia.

Ponadto zgodnie z założeniami projektu programu funduszy europejskich na infrastrukturę, klimat i środowisko, który znajduje się aktualnie na etapie negocjacji, realizowane będą też inwestycje na rzecz wzmocnienia infrastruktury ochrony zdrowia, właśnie w szczególności w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym m.in. rehabilitacji leczniczej. Jednocześnie w ramach subfunduszy modernizacji podmiotów leczniczych są planowane działania na rzecz poprawy i funkcjonowania osób starszych w zakresie wsparcia rozwoju infrastruktury, udzielania świadczeń opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych. To jest właśnie wsparcie tej opieki długoterminowej oraz geriatrii poprzez przekształcenie tych łóżek szpitalnych w łóżka opieki długoterminowej i geriatrycznej, doposażenie i modernizację istniejących oddziałów oraz wsparcie nowej infrastruktury opieki długoterminowej.

Dodatkowo w 2021 r. w ramach „Narodowego programu zdrowia" w ramach celu operacyjnego nr 5 „Wyzwania demograficzne" została zawarta umowa z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi na realizację zadania „Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy". Na ten rok zaplanowano do realizacji kolejne działania dotyczące poprawy i funkcjonowania osób starszych, m.in. przeprowadzenie szeroko zakrojonej kampanii edukacyjno-informacyjnej na temat chorób otępiennych, m.in. właśnie choroby Alzheimera, wspieranie aktywności fizycznej osób w wieku 50+ w ramach profilaktyki leczenia osteoporozy, zapewnienie wsparcia psychologicznego i profilaktyka zdrowia psychofizycznego opiekunów nieformalnych osób starszych, szkolenia dla opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi, w szczególności jeżeli chodzi o chorobę Alzheimera.

Jednym z działań poświęconych zapewnieniu większej dostępności i bardziej skoordynowanej opieki nad osobami starszymi realizowanym przez Ministerstwo Zdrowia jest projekt telemedycyny, istotny z punktu widzenia dostępności do świadczeń.

Tyle, jeżeli chodzi o podstawowe informacje zaprezentowane wcześniej i przekazane na posiedzenie Komisji z Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca, dziękuję państwu.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi Piotrowi Bromberowi za informację, jak rozumiem dotyczącą wyłącznie ochrony praw pacjentów starszych. Jeżeli chodzi o informację na temat realizacji programu Leki 75+, to będzie…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Bromber:

Pan minister Miłkowski.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dobrze. Pozwolicie państwo, że teraz rzecznik praw pacjenta wypowie się na temat tej informacji. Chyba że zrobimy, proszę państwa… Jeżeli wyrazicie zgodę, aby wszystkie punkty zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia, to potem wypowie się rzecznik praw obywatelskich…

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Pacjenta.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tak, rzecznik praw pacjenta. Potem będziemy dalej procedować. Czy wyrażacie państwo zgodę? Dziękuję bardzo. Zatem bardzo proszę pana ministra Macieja Miłkowskiego. Nie ma.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Bromber:

Gdybyśmy mogli odwrócić kolejność i zacząć od rzecznika praw pacjenta – czy tak możemy, pani przewodnicząca? Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dobrze, panie ministrze, zatem wracamy do pierwotnej wersji.

Bardzo proszę pana rzecznika praw pacjenta, aby przedstawił nam informację na temat ochrony praw starszych pacjentów. Bardzo proszę.

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, rzecznik praw pacjenta otacza szczególną troską pacjentów seniorów, podejmując w ich interesie dedykowane inicjatywy o szerokim zasięgu. Uwzględniamy również ich problemy jako priorytetowe w codziennych działaniach, w codziennej pracy. Jednym z przejawów tej opieki było ogłoszenie roku 2020 Rokiem Seniora w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

W ramach realizacji Roku Seniora rzecznik praw pacjenta podejmował działania z zakresu zarówno edukacji, jak i bezpieczeństwa i wsparcia dedykowanego starszym pacjentom. Pomoc tej grupie pacjentów – zwłaszcza w tak trudnej sytuacji, jaką jest COVID-19 – była i jest jednym z priorytetów naszej pracy. Wprowadzono wiele rozwiązań, usprawnień oraz procedur, które ułatwiały wsparcie i pomoc pacjentom, w tym osobom

starszym. Zwiększyliśmy trzykrotnie liczbę naszych interwencji w sytuacjach tego wymagających. Rzecznik po podsumowaniu swoich działań w 2020 r. przedstawił ministrowi zdrowia wnioski i rekomendacje w zakresie poszczególnych praw starszych pacjentów. Oczywiście zgadzam się tu z panem ministrem Bromberem, że prawa pacjenta mają charakter ogólny, generalny i nie różnicują pacjentów chociażby ze względu na ich wiek.

Problemy starszych pacjentów wpływające do rzecznika praw pacjenta. Szanowni państwo, regularnie wzrasta liczba zgłoszeń kierowanych przez seniorów do rzecznika, a telefoniczna informacja pacjenta, czyli tzw. infolinia, jest formą kontaktu chętnie przez nich wybieraną. Osoby powyżej 60. roku życia stanowią największą grupę pacjentów nawiązujących kontakt z rzecznikiem, nie tylko w celu złożenia skargi, ale i uzyskania bezpośredniego wsparcia, pomocy, wiedzy dotyczącej systemu ochrony zdrowia. Epidemia koronawirusa dla wielu osób starszych i ich opiekunów spowodowała zwiększoną izolację społeczną oraz pogorszenie stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Pokazała też, że kontakty zdalne mogą być niezwykle pomocne, ale w wielu przypadkach nie zastąpią bezpośredniej rozmowy z drugim człowiekiem, w szczególności jeżeli chodzi o tę grupę pacjentów. To w tym miejscu chciałbym podkreślić.

Przed epidemią seniorzy na infolinii najczęściej zgłaszali problemy dotyczące długiego okresu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, kwestie niedostępności informacji o prawach pacjenta. W lecznictwie szpitalnym seniorzy mieli problemy z wypisaniem ze szpitala do miejsca zamieszkania z powodu braku rodziny lub braku miejsca w placówce opiekuńczej. Zdarzały się również sytuacje, o nich często było głośno, że bliscy nie chcieli przejąć opieki nad osobą starszą, choć prawnie byli do tego zobowiązani. Seniorzy zgłaszali obawy o stan zdrowia i możliwość leczenia w stanie epidemii oraz związane z tym niejasności co do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zauważono trudności osób starszych żyjących samotnie, które chcąc zastosować się na przykład do zaleceń lekarskich, zgłaszały jednocześnie problem z brakiem osoby, która pomogłaby im w czynnościach życia codziennego, tj. zrobienie zakupów czy właśnie realizacja recept. Na podstawie tych sygnałów można wskazać, że zauważalny już przed epidemią problem braku wsparcia samotnych i niesamodzielnych osób uległ w tym okresie – w okresie epidemii – pogłębieniu.

Natomiast w ubiegłym roku, w 2021 r., seniorzy mieli wiele wątpliwości i pytań w zakresie organizacji szczepień na COVID-19. Zgłaszali, sygnalizowali trudności z połączeniem telefonicznym i automatyczną instrukcją, która dla wielu seniorów była niezrozumiała. Problemem dla osób starszych był również portal pacjent.gov.pl i brak otrzymania informacji zwrotnej na zadane pytania. Z powyższych przykładów wynika, że część osób starszych ma trudności w obsłudze rozwiązań informatycznych, mobilnych. To, co nie jest problemem dla osób młodszych, dla młodzieży, jest często problemem dla osób starszych. Dostrzegalny był brak właściwej polityki informacyjnej w punktach szczepień dla seniorów i odsyłanie ich do innych instytucji po informacje lub nawet odsyłanie bez żadnego wsparcia. Omawiano problematykę dowozu starszych osób na szczepienia, funkcjonowanie zespołów mobilnych czy wsparcie w zakresie ustalenia adresów pobliskich punktów i możliwości zarejestrowania.

W uzasadnionych przypadkach zgłoszonych przez seniorów rzecznik prowadził postępowanie indywidualne oraz postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów dotyczące osób starszych. Chciałbym podkreślić, że o ile te wszystkie przepisy, regulacje były coraz lepsze, coraz doskonalsze, o tyle ich stosowanie na poziomie operacyjnym, ich stosowanie w podmiotach leczniczych nie zawsze było właściwe czy adekwatne.

Jeżeli chodzi o działania rzecznika praw pacjenta na rzecz seniorów, to chciałbym zasygnalizować kilka takich inicjatyw – de lege lata, de lege ferenda – które podjęliśmy. Rzecznik praw pacjenta zwrócił się z apelem do kierowników podmiotów leczniczych o zapewnienie właściwej realizacji praw pacjenta ze szczególnymi potrzebami. W szczególności do otrzymania informacji w zrozumiały dla niego sposób z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do ministra zdrowia o informację o statusie prac nad zapowiedzianą nowelizacją przepisów. Nowelizacja ma polegać na przyznaniu osobom uprawnionym do wystawiania recept dla pacjentów 75+ prawa do automatycznego dostępu do danych o wystawionych receptach.

Analogicznie jak w przypadku lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. Liczna grupa seniorów nie jest grupą zinformatyzowaną, a co za tym idzie – nie dysponuje dostępem do internetowego konta pacjenta (IKP) i nie ma możliwości chociażby udzielenia zgody lekarzowi na dostęp do historii leczenia.

Rzecznik praw pacjenta wystąpił do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz do Ministerstwa Zdrowia w celu zwrócenia uwagi na potrzebę zwiększenia skuteczności pomocy społecznej udzielanej seniorom z zaburzeniami psychicznymi, seniorom pozostającym pod opieką podmiotów leczniczych udzielających im świadczeń w obszarze opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień, w szczególności poprzez umożliwienie sprawniejszego załatwiania ich spraw w jednostkach pomocy społecznej.

Rzecznik praw pacjenta wystąpił do starostów powiatów oraz prezydentów miast z prośbą o weryfikację działalności przychodni POZ funkcjonujących na terenie danego powiatu, danej gminy w zakresie możliwości realizacji osobistych wizyt pacjentów w placówkach.

Rzecznik przekazał ministrowi zdrowia rekomendacje w zakresie prawidłowego wdrożenia w polskim systemie ochrony zdrowia nowego świadczenia zdrowotnego, jakim jest opieka farmaceutyczna. Opieka farmaceutyczna została wdrożona w tym zakresie ustawą o zawodzie farmaceuty z 12 grudnia 2020 r.

Rzecznik występował do ministra zdrowia również w kwestiach organizacji opieki w czasie epidemii COVID-19, m.in. w sprawie liczby karetek tzw. wymazówek, przeznaczonych do dokonywania wymazów w kierunku koronawirusa w domu pacjenta.

Wprowadziliśmy szeroko zakrojone działania edukacyjne skierowane do seniorów. W tym zakresie została utworzona zakładka „Dla seniora", w której umieszczone są informacje oraz nagrane filmy edukacyjne o prawach pacjenta. Wszystkie materiały edukacyjne przygotowane na Rok Seniora dotyczące praw pacjenta zostały również przesłane na nośnikach elektronicznych do uniwersytetów trzeciego wieku oraz domów pomocy społecznej.

W ubiegłym roku, przepraszam, w 2020 r. rzecznik praw pacjenta powołał radę ekspertów przy rzeczniku praw pacjenta, która ma charakter opiniodawczo-doradczy i wspiera rzecznika w wykonywaniu ustawowych zadań. Jedno z posiedzeń rady ekspertów poświęcone było właśnie osobom starszym. W wyniku tych prac zostały wydane rekomendacje zatytułowane „Opieka zdrowotna nad osobami starszymi". Rada ekspertów stwierdziła m.in., że należy zreformować organizacje instytucjonalnego wsparcia dla seniorów w zakresie pomocy społecznej połączonej z opieką zdrowotną. Chodzi tu generalnie o kompleksowość usług. Uczynić je bezpieczniejszymi i bardziej przyjaznymi dla osób starszych.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o takie symboliczne podsumowanie i rekomendację, to rzecznik praw pacjenta uważnie przygląda się, analizuje, podejmuje aktywne działania w imieniu osób starszych. Epidemia jeszcze bardziej uwidoczniła, że dla zaspokojenia potrzeb osób starszych i ich opiekunów konieczna jest większa integracja działań przeprowadzanych w zakresie opieki medycznej z działaniami pomocy społecznej. Skoordynowane działania sektora pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej mogą wpływać – jesteśmy tego pewni – na dłuższe utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób starszych oraz zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej, dlatego też należy dążyć do polepszenia warunków współpracy międzysektorowej między przedstawicielami obu wymienionych sektorów.

Reasumując, osoby starsze wymagają skoordynowanej opieki medycznej dostosowanej do ich potrzeb. W czasie trwania epidemii, ale także po jej zakończeniu pacjenci powinni mieć zagwarantowany dostęp do zalecanej przez standardy kliniczne terapii zarówno w aspekcie kontynuacji rozpoczętego leczenia, jak i w przypadku nowych zachorowań. Ważne jest również rozważenie opracowania wytycznych lub standardów organizacyjnych dla udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu nowych technologii dla osób powyżej 65. roku życia. Biorąc pod uwagę upowszechnienie się form organizacyjnych świadczeń w rodzaju teleporady i innych z tego zakresu naszym zdaniem należy dążyć do likwidacji ograniczeń dostępu seniorów, szczególnie w stanach zaostrzenia objawów chorobowych, do placówek opieki zdrowotnej m.in. przez skrócenie czasu oczekiwania na poradę wynikającą ze zjawiska kolejek w ochronie zdrowia. Oczywiście to jest postulat de lege ferenda, który jest bardzo trudny do realizacji, bo tak jak wspomniał zarówno

pan minister Bromber, jak i ja na początku, wszyscy pacjenci co do zasady są równi. Oczywiście jest grupa pacjentów z różnych przyczyn uprzywilejowanych, ale powinniśmy dążyć do równego dostępu do świadczeń.

Rzecznik z myślą o seniorach podjął również konsultacje legislacyjne w zakresie dodania do ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o pomocy społecznej nowego prawa – prawa do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. O co tutaj chodzi? Mianowicie projekt ustawy zakłada, że rzecznik praw pacjenta obejmie w pewnym sensie swoim działaniem również domy pomocy społecznej i będzie miał możliwość dokonywania oceny prawidłowości realizacji praw pacjenta czy dostępu pensjonariuszy domów pomocy społecznej do świadczeń. Obecnie rzecznik nie ma uprawnień do wszczęcia postępowania wyjaśniającego z własnej inicjatywy w tych placówkach, a takie postępowanie umożliwi wsparcie przez rzecznika spraw osób starszych i niesamodzielnych, które często nie zgłaszają zastrzeżeń, a faktycznie mogą mieć ograniczoną możliwość realizacji swoich uprawnień jako pacjenci. Konieczne jest więc pogłębienie nadzoru na styku opieki społecznej i zdrowotnej.

Projekt ustawy, o którym wspominam, znajduje się w wykazie prac legislacyjnych i obecnie jest na końcowym etapie konsultacji. Z tego miejsca chciałbym podziękować wszystkim państwu, zarówno ministrowi zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, państwu parlamentarzystom, dla których temat seniorów jest niezwykle ważny. Uważamy, wychodzimy z założenia, że wszelkie działania na rzecz tej grupy pacjentów są nieocenione i są takim kamykiem, który buduje nową narrację, buduje nowe standardy w opiece nad seniorami.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo panu Grzegorzowi Błażewiczowi, zastępcy rzecznika praw pacjenta, za takie bardzo emocjonalne, ale emocjonalnie poprawne przekazanie informacji o działalności wynikającej zarówno z przynależnych mu dziedzin, jak i przedstawienie, jakie działania podejmował rzecznik praw pacjenta na rzecz ochrony tej właśnie najbardziej wrażliwej grupy społeczeństwa. Dziękuję bardzo zarówno panu ministrowi, jak i panu rzecznikowi.

Otwieram dyskusję.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Może jeszcze pan minister o tych Lekach 75+ i wtedy? Po wszystkim…

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Nie. Może Leki 75+ zrobimy później jako punkt drugi.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

A nie lepiej wszystko razem?

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Jeżeli państwo tak chcecie, to proszę. Proszę, wszystko razem. Proszę o przedstawienie informacji na temat realizacji programu Leki 75+ oraz w zakresie kompleksowego planu wsparcia pacjentów w wieku senioralnym. Bardzo proszę. Informacji będzie udzielał pan Maciej Miłkowski. Witam pana podsekretarza stanu. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Witam bardzo serdecznie. Maciej Miłkowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny m.in. za politykę lekową. Na dzisiejsze posiedzenie Komisji była prośba o przygotowanie materiału na temat realizacji programu bezpłatnych leków dla osób w wieku powyżej 75 lat. Taki skrótowy materiał został państwu przedstawiony.

Program Leki 75+ funkcjonuje już od 2016 r., tak że to jest kolejny rok funkcjonowania. Od początku programu liczba leków bezpłatnych systematycznie wzrasta. Wraz z objęciem refundacją kolejnych leków te leki dochodzą również do listy leków refundowanych dla osób 75+, czyli listy leków bezpłatnych. Od 1 maja będzie to kolejna grupa leków dla pacjentów, którzy otrzymują leki w zakresie astmy i POChP. W tym zakresie leki wieloskładnikowe będą dodatkowo refundowane. Jeśli chodzi o aktualne wydatki na program

Leki 75+, to w ostatnim roku Ministerstwo Zdrowia przekazało na tę dopłatę – bo to jest dopłata pacjenta, która by była w normalnej sytuacji, tu ona jest przejęta przez budżet państwa – 783 mln zł. Łącznie z tego programu zostało już wydatkowane ponad 3,5 mld zł do końca ubiegłego roku. Z tego świadczenia skorzystało ok. 3,4 mln osób, zostało wydanych 320 mln opakowań. Jeśli chodzi o aktualną liczbę leków na bieżącej liście, to jest to 2081 leków. One są przepisywane przez lekarzy dla wszystkich pacjentów, którzy mają ukończone 75 lat. Średnia dopłata NFZ dla osób, które otrzymują te leki, to 758 zł refundacji na każdego pacjenta. Refundacja dla pacjentów w wieku na przykład 65–70 lat to ok. 332 zł na pacjenta, dla pacjentów w wieku 70–74 lata to 372 zł na pacjenta. To jest zatem ewidentne odciążenie pacjentów w tym zakresie. Oczywiście wiemy, że pozostałe leki w innych wskazaniach – to znaczy w ramach programów lekowych, które pacjenci otrzymują w szpitalach bądź w poradniach w zależności od wskazań – są zawsze wydawane pacjentom bezpłatnie. Również w zakresie chemioterapii w poradniach w oddziałach jednodniowych czy w ramach hospitalizacji leki są bezpłatne. Oczywiście każdy koszt leczenia pacjenta w warunkach szpitalnych, w warunkach całodobowych – zawsze wszystkie leki, produkty lecznicze są wydawane kosztem świadczenia zdrowotnego, usługi zdrowotnej. W związku z tym są w koszcie świadczenia i świadczeniodawca ma obowiązek te leki przekazać.

Jeśli chodzi o temat związany z uniknięciem polipragmazji w przypadku osób w wieku senioralnym, to poprosiłbym później panią profesor, żeby przedstawiła tę informację. Pani profesor jest przewodniczącą, szefową naszego pilotażu prowadzonego w ramach przeglądu lekowego dla osób starszych, powyżej 60. roku życia, a także dla osób młodszych, które przyjmują na stałe nie mniej niż pięć leków wydawanych z przepisu lekarza. Jest specjalny program pilotażowy, który jest jeszcze w fazie rozruchu. Ten projekt był możliwy do realizacji po przyjęciu przez Sejm ustawy o zawodzie farmaceuty, gdzie zdefiniowaliśmy, że mogą być realizowane świadczenia opieka farmaceutycznej dla pacjentów. Opieki farmaceutycznej, która została zdefiniowana przez zespół ds. opieki farmaceutycznej, który pracował w Ministerstwie Zdrowia. Wyszczególnił on, jakie zakresy z opieki farmaceutycznej mogą być realizowane w aptekach ogólnodostępnych i jak mogłyby być one finansowane. Część z tych rzeczy została już bezpośrednio zrealizowana podczas pandemii COVID-19, chociażby szczepienia w aptekach na rzecz pacjentów, szczepienia przeciwko koronawirusowi. Aktualnie pracujemy nad szczepieniami osób dorosłych, wszystkimi, które są zalecane przez farmaceutów, żeby mogły być tam realizowane. W znaczącej mierze w tym okresie wzrosła również liczba realizowanych recept farmaceutycznych dla seniorów.

Jeśli można, to szczegóły założeń tego pilotażu omówi pani prof. Neumann-Podczaska. Powiem tylko, że ten pilotaż jest przewidziany w rocznym okresie. Chcielibyśmy, żeby zakończył się przejściem tej usługi jako świadczenia gwarantowanego dla pacjentów i przejęciem finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, za przedstawienie tej informacji.

Abyśmy mieli całościowy pogląd na informacje, które są dzisiaj omawiane na posiedzeniu Komisji, to bardzo proszę panią doc. Agnieszkę Neumann-Podczaską, koordynatora pilotażowego przeglądu lekowego o zabranie głosu. Bardzo panią proszę. Bardzo proszę włączyć mikrofon, ponieważ po pierwsze jest pani mało słyszalna, a po drugie pani wypowiedź będzie niezarejestrowana, a jest ona potrzebna do protokołu.

Koordynator pilotażu przeglądu lekowego Agnieszka Neumann-Podczaska:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, jest mi niezwykle miło pokazać dziś państwu obszar zupełnie nowy. Obszar zupełnie nowy, obszar dzięki któremu rzeczywiście – dzięki tym działaniom ministra zdrowia, dzięki rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie pilotażowego programu przeglądów lekowych wchodzimy w obszar bardzo dużego wsparcia starszych pacjentów. Właściwie nie tylko starszych pacjentów, ale pacjentów z wielolekowością. To jest obszar wycelowany dla pacjentów z wielochorobowością, pacjentów trudnych, pacjentów obciążonych dużą liczbą leków. To są ci, co w systemie opieki zdrowotnej są słabym ogniwem. To jest takie

ogniwo, gdzie spodziewamy się wielu działań niepożądanych. Spodziewamy się dużych kosztów, które system ponosi na tych pacjentów. To jest też taki obszar, w ramach którego będziemy mocno pilnować poprawności leczenia. Będziemy mocno dbać o to, żeby ten rynek suplementów diety był rynkiem mniejszego ryzyka zdrowotnego niż obecnie.

Dzięki wspomnianemu przez pana ministra działaniu polegającemu na stworzeniu aktu wykonawczego do ustawy o zawodzie farmaceuty – jest to rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie pilotażu przeglądów lekowych – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, dokładnie podmiot leczniczy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który mam przyjemność reprezentować, prowadzi obecnie projekt pilotażowy.

W ramach projektu pilotażowego szczególnie do tego przygotowani farmaceuci – absolwenci studiów podyplomowych: opieka farmaceutyczna w geriatrii, prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu pod kierownictwem pani prof. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, obecnej z nami dzisiaj, oraz moim, a także ci, którzy dokumentują się uprawnieniami z zagranicy – zostali wyłonieni jako realizatorzy tego programu. Program realizowany jest we wszystkich aptekach do tego uprawnionych, tam gdzie jest przygotowany farmaceuta. Mamy w skali Polski pokryte wszystkie województwa. Minister zdrowia zakłada udział 1000 pacjentów, którzy będą zgłaszali się do uprawnionych 75 wyłonionych farmaceutów. Tak jak wspomniałam, oprócz dwóch województw Uniwersytet Medyczny w Poznaniu wyłonił realizatorów.

Projekt wchodzi rzeczywiście w fazę wykonawczą. Już 15 maja pierwsi pacjenci siadają w pokojach konsultacji u farmaceutów. To są pacjenci z wielolekowością. Pacjenci poniżej 60. roku życia to będą ci, którzy przychodzą z pięcioma lekami dostępnymi na receptę lekarską. Natomiast pacjenci senioralni, powyżej 60. roku życia, przychodzą z minimum dziesięcioma preparatami, zarówno tymi dostępnymi na receptę, jak i bez recepty. Oni siadają w pokoju konsultacji ze szczególnie przygotowanym farmaceutą, który przygląda się racjonalności tego leczenia. Przede wszystkim podejmuje działania zmierzające do redukcji niepotrzebnej polipragmazji wynikającej z samodzielnie dołączonych do leczenia preparatów, suplementów diety, preparatów bez recepty.

Farmaceuta staje też jako ekspert przy boku lekarza rodzinnego. To ma być projekt, który wspiera lekarza rodzinnego w podjęciu właściwszych, bezpiecznych decyzji terapeutycznych. Farmaceuta staje jako doradca. Jest to realizowane systemem amerykańskim. Rzeczywiście ten model dzięki Ministerstwu Zdrowia, ale i dzięki wcześniejszym działaniom naukowym, jest udowodniony naukowo. My już wcześniej pokazaliśmy efektywność takich działań. Rzeczywiście dalej we współpracy z Departamentem Stanu USA – na podstawie stypendium Fulbrighta, gdzie miałam przyjemność obserwować model amerykański – wdrażamy go tu, w Polsce. Tak naprawdę jeśli to się nam uda, to Polska stanie w szeregu krajów o najwyższych standardach opieki zdrowotnej. Bardzo dziękuję za brawa.

Szanowni państwo, to jest emocjonujący moment. To jest taki moment, gdzie farmaceuta ustawą o zawodzie staje jako ekspert. To jest moment, kiedy my – słysząc wcześniej te wszystkie wystąpienia ekspertów, wystąpienie pana ministra – widzimy, że ten dostęp do opieki zdrowotnej dla tych najtrudniejszych, najsłabszych pacjentów nie jest łatwy. Oni poszukują, są słabym ogniwem w systemie. Poszukują wsparcia, są zasypani bardzo często dużą ilością medialnej informacji o leku. To tam, w aptece, u profesjonalnie przygotowanego farmaceuty, mają to wsparcie otrzymać. Lekarz rodzinny ma także dostać informację zwrotną. To jest model, w ramach którego farmaceuta współpracuje z lekarzem rodzinnym. Lekarz rodzinny podejmuje decyzje terapeutyczne, proces leczenia odbywa się optymalniej i bezpieczniej. To ma zredukować natężenie wielolekowości, bo szanowni państwo, polipragmazja sama przez siebie determinuje częstość działań niepożądanych. Powoduje, że jest ich więcej, powoduje, że ci ludzie funkcjonują gorzej.

To, co się udało pokazać wcześniej, a co pan minister był uprzejmy przywołać… My chcemy tym pilotażem pokazać, że to jest usługa, która – jako gwarantowane świadczenie zdrowotne – przyniesie oszczędności. Ona przyniesie wyraźny spadek natężenia polipragmazji. Powinna spotkać się także z akceptacją ze strony lekarzy. Mamy duże poparcie lekarzy rodzinnych. Mamy taką nadzieję i taki plan, że przede wszystkim to przyniesie też satysfakcję pacjentom. Mamy zatem trzech interesariuszy – farmaceutów, lekarzy i pacjentów – wspólnie pracują-

cych na rzecz nowej usługi, która jako gwarantowane świadczenie zdrowotne powinna przede wszystkim poprawić jakość życia w Polsce.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję pani ślicznie. Jestem pod wielkim wrażeniem przedstawienia i zarekomendowania tego projektu legislacyjnego, który ma usprawnić funkcjonowanie tej pięknej grupy, jaką są seniorzy. Służy on również usprawnieniu pracy medyków, bo najłatwiej jest krytykować, natomiast trzeba tak działać, żeby pomagając, nie narażać na dodatkowe obciążenia finansowe budżetu państwa, Ministerstwa Zdrowia, ale również i nie dokładać pracy lekarzom, bo być może w tym momencie inny, bardziej potrzebujący pacjent ma możliwość skorzystania z wizyty. Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, po wysłuchaniu bardzo rzeczowych, wnikliwych, obszernych informacji dotyczących ochrony praw starszych pacjentów przedstawionych przez pana rzecznika praw pacjenta i pana ministra, jak i informacji w zakresie realizacji programu Leki 75+ wygłoszonej przez panią docent otwieram dyskusję. Jako pierwsza głos zabierze pani przewodnicząca Paulina Matysiak. Bardzo proszę.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, bardzo dziękuję za przedstawienie tych informacji panom ministrom, panu rzecznikowi, pani profesor. Zwłaszcza ta ostatnia część była bardzo ciekawa. Będę miała też do pani pytanie, może nawet bardziej niż do pani to do przedstawicieli z resortów.

Na początku chciałabym jednak zadać pytania, o które zostałam poproszona przez Koalicję Izb Handlowych dla Zdrowia. Pozwolę sobie te pytania odczytać. To są pytania do panów ministrów. Kiedy planowane jest rozpoczęcie w Sejmie prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach, w której zawarto zapis, który rozwiązuje problem lekarzy specjalistów związany z utrudnionym wystawianiem recept z listy „S" dla seniorów 75+? To też jest to, o czym wspominał pan rzecznik. Kwestia tej uprzedniej zgody seniora na dostęp do danych medycznych, którego udziela się lekarzowi w internetowym koncie pacjenta. Czy ta sprawa będzie rozwiązana na poziomie samych przepisów? Po to, żeby ten dostęp ułatwić, umożliwić takie wystawienie recept. Czy Ministerstwo Zdrowia dysponuje danymi na temat liczby zgód na dostęp do danych dla lekarza specjalisty, które są wydane przez seniorów w internetowym koncie pacjenta? Czy można uzyskać od państwa takie informacje? Ile osób powyżej 60. roku życia taką zgodę dało w IKP? Jaki to jest procent pacjentów – jak to wygląda? Czy Ministerstwo Zdrowia planuje działania informacyjne, które w tym zakresie edukują i są skierowane do seniorów? To są te trzy pytania.

Wiemy też – z informacji rzecznika praw pacjenta – że bardzo często problemem jest dostęp do internetu, do urządzeń, żeby korzystać z takiej opieki. Były problemy i ograniczenia z dostępem do teleporady z różnych powodów. Bardzo często okazuje się, że te osoby starsze potrzebują tak naprawdę jakiegoś wsparcia, nawet żeby skorzystać z teleporady, kiedy nie mogą dotrzeć do lekarza. Jest to naprawdę istotne. Myślę, że te kwestie, które były poruszane także w piśmie rzecznika praw pacjenta, są bardzo istotne. Na pewno na posiedzeniach Komisji będziemy się nimi zajmować. Poza taką diagnozą jest tam wymienionych także kilka postulatów, które są możliwe do realizacji, możliwe do wdrożenia, dzięki nim zostanie zwiększony dostęp do dobrej jakości opieki zdrowotnej dla osób starszych.

Ostatnie pytanie do pani profesor, a w zasadzie pewnie do przedstawicieli ministerstwa. To jest bardzo ciekawe, co pani mówiła. Z jednej strony o tych wielu lekach, które wchodzą ze sobą w interakcje, powodują pogorszenie stanu zdrowia, z drugiej strony o tym, co pani powiedziała, a ja sobie zanotowałam, o rynku suplementów, że to ma być bezpieczniejszy rynek z perspektywy osób starszych. Mam pytanie do resortu, bo być może takim pilotażem… Pilotaż wydaje mi się bardzo ciekawy. Myślę, że zarówno wszyscy w Komisji, jak i pacjenci czekamy na jego wyniki. Być może jednak potrzebne byłyby faktycznie zdecydowane regulacje dotyczące samego rynku i reklam suplementów. Z tym jest bardzo duży problem. Trudno oczekiwać od potencjalnych pacjentów, że nie pójdą do apteki i nie poproszą o jakichś lek – czy

wydawałoby się lek – produkt, o którym słyszą w radiu, czy którego reklamę widzą w telewizji, czytają w prasie, jeżeli ta reklama atakuje ich z każdej strony. Wydaje mi się, że w taki sposób, jak mamy wprowadzone te rozwiązania w innych sektorach, na przykład z alkoholem czy z papierosami, te regulacje powinny dotyczyć także suplementów. Jak się okazuje, zażywanie nawet kilku takich produktów może być po prostu, zwyczajnie niebezpieczne. Nie każdy jest w stanie przewidzieć konsekwencje.

Mam też pytanie o liczbę osób, które będą w stanie skorzystać z porad przeszkolonych farmaceutów. Tak jak mówiłam, ten pilotaż wydaje mi się bardzo ciekawy, czekamy na wyniki, ale na pewno przydałyby się też rozwiązania legislacyjne, które utrudniłyby reklamowanie tych produktów i wprowadzanie w błąd części pacjentów, którzy będą wierzyli w to, że jakichś specyfik im pomoże. Pytanie zatem do przedstawicieli ministerstwa, czy państwo w ogóle rozważacie jakieś większe regulacje w tym zakresie. Jeżeli tak, to kiedy można się tego spodziewać? Wiem, że ten temat przy okazji innych ustaw był podnoszony na Komisji Zdrowia.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

Czy ktoś z posłów chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pan przewodniczący Filip Kaczyński.

Poseł Filip Kaczyński (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panowie ministrowie, szanowni państwo, dostęp do bezpłatnych leków to bez wątpienia ogromna ulga dla osób starszych. Mieli oni często problem, aby wykupić leki. Do nas, do parlamentarzystów, czy też do mnie wcześniej jako samorządowca tego typu głosy trafiały. Bardzo się cieszę, że rzeczywiście ten bardzo ważny, istotny postulat został wprowadzony w życie i dzisiaj funkcjonuje.

Ta lista, o której wspominał pan minister, czyli ponad 2 tys. leków, jest rzeczywiście imponująca. Tu jest też kwestia tego, co widzimy w przesłanych materiałach, jeśli chodzi o zaplanowane kwoty na przyszłe lata. One rzeczywiście rosną z roku na rok. Chciałem zadać konkretne, krótkie pytanie do pana ministra. Czy pan minister spodziewa się dalszego poszerzenia seniorom dostępu do bezpłatnych terapii, w tym o nowe postacie farmaceutyczne leków, które już na tej liście się znajdują? Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

]Czy ktoś z posłów się jeszcze zgłasza? Nie, nikt. Zatem, proszę państwa, czy zaproszeni goście mają jakieś pytania? Jeżeli nie, to pozwolicie państwo, że przejdę do podsumowania tych informacji. Jeszcze o głos prosi pani prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis. Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, szanowni panowie ministrowie, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, chcę nawiązać do pierwszych dwóch wystąpień, czyli do wystąpienia pana ministra Brombera i rzecznika praw pacjenta.

To, że podkreślamy, że starsi pacjenci mają takie same prawa jak wszyscy inni, to jest niezwykle ważne. Jako geriatra chcę zwrócić uwagę, że często trafiający do nas pacjenci mówią, że od rozmaitych profesjonalistów w systemie ochrony zdrowia słyszą, że poszczególne objawy, które zgłaszają, wynikają z wieku. To oznacza, że to, o czym mówił pan minister, czyli edukacja wszystkich, którzy pełnią jakąkolwiek rolę w tym systemie, w zakresie zrozumienia tego, co się dzieje w procesie starzenia, i odróżnienia tego, co wynika z procesu starzenia, od procesów chorobowych jest niezwykle ważna. Ciągle podkreślamy, że jeśli kogoś boli, to nie boli go dlatego, że ma 80 lat, tylko boli go, ponieważ coś się dzieje. Przypominamy, uświadamiamy wszystkim, że te prawa osób starszych są takie same i niczego nie wolno tłumaczyć wiekiem. To jest niezwykle ważne.

Miałabym prośbę o komentarz do pana ministra Brombera, ponieważ takim bardzo dobrym rozwiązaniem z punktu widzenia geriatrii, z punktu widzenia starszych pacjentów i w ogóle z punktu widzenia opieki zdrowotnej są dzienne domy opieki medycznej.

To jest rozwiązanie, które ministerstwo wdraża w ramach tej instytucjonalizacji. To jest bardzo dobre rozwiązanie, o którym uważam, że za mało mówimy, bo to jest rozwiązanie dedykowane pacjentom z ryzykiem niesprawności, które ma pomóc utrzymać ich sprawnych. Ponieważ w przedstawianym przez pana ministra dokumencie pojawiła się taka informacja o poszerzeniu tych dziennych rozwiązań, to bardzo prosiłabym, gdyby mógł pan jakoś skomentować to poszerzenie.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani prof. Wieczorowskiej.

Bardzo proszę, o głos prosi teraz pani Alicja Kaczorowska, również stały doradca Komisji. Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Alicja Kaczorowska:

Pani przewodnicząca, panowie ministrowie, Wysoka Komisjo, chciałam odnieść się do słów pani profesor, bo rzeczywiście nie może tak być, żeby zdrowie, jakość życia i kondycja zależały od portfela, kodu pocztowego czy peselu. Rzeczywiście każdy pacjent powinien zostać tak zaopiekowany, jak wymaga tego jego stan zdrowia, jego potrzeby. To zapewnienie jakości życia… Całkowicie się z tym zgadzam.

Chciałam jeszcze podziękować panu zastępcy rzecznika za takie – jak powiedziała pani przewodnicząca – emocjonalne podejście do seniorów, ale przecież do nich nie można podchodzić przedmiotowo. Jeżeli podchodzi się emocjonalnie, to jest to zbliżone do podejścia podmiotowego.

Robiłam taką ocenę, jak pacjenci w starszym wieku umieją skorzystać z osiągnięć cyfryzacyjnych, w hospicjum domowym, które prowadzę. Powiem szczerze, że ani rodziny tych pacjentów… To znaczy w niewielkim stopniu rodziny, pacjenci prawie w ogóle, ale to trzeba zrozumieć, bo oni są czasami w kiepskiej kondycji zdrowotnej. To rozumiem. Natomiast rzeczywiście należałoby przyjrzeć się temu bardziej, jak jeszcze można by było pomóc. Wiem, że są szkolenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, że robi się bardzo dużo, ale to wciąż jest za mało, dlatego że ci ludzie… Niektórzy nawet nie wiedzą o tym, że jest takie konto pacjenta. A to byłoby bardzo korzystne nie tylko dla nich, ale też dla lekarzy, którzy ich prowadzą, bo oszczędziłoby czas wysyłania SMS-ów z kodami recept itd. Tak że bardzo dziękuję za to, że w Roku Seniora zwrócono na to uwagę. Mam nadzieję, że to będzie celowe poszukiwanie metody, żeby przybliżyć tę cyfryzację rodzinom pacjentów w wieku podeszłym i im samym.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

O głos prosi pan Kulaszewicz. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Adaptacja Kordian Kulaszewicz:

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, panowie ministrowie, jako praktyk mogę… Przysłuchuję się temu tematowi i à propos tego kodu pacjenckiego – to niestety jest trochę obawa, seniorzy niestety nieraz boją się zakładać coś w internecie. To jest ta obawa. To jest najgorsze, co może być. Był taki pomysł, który nie wiem w ogóle, czy jest realny do zrobienia – myślę, że wszystko się da – był pewien pomysł, o którym seniorzy sami mówili, powiedzieli do rady czy do Komisji, że gdyby byli bardziej zachęcani w przychodni lub nawet gdyby mogli tam założyć to konto, to może to by ich bardziej przekonało. Tak naprawdę – muszę to powiedzieć z pełną odpowiedzialnością – nieraz tyle SMS-ów jest wysyłanych do seniorów, że ta obawa ich po prostu przerasta. To, że jeżeli oni coś założą, to przez jedno kliknięcie, jednego SMS-a stracą dużo pieniędzy, a właściwie całe dobytki. Oni mają taką obawę. To jest złożony problem. Musimy pracować nad tym zaufaniem.

Dziękuję panu ministrowi za to, że są te kody recept, że są te SMS-y. To jest bardzo istotne, super sprawdziło się to w pandemii. Bardzo za to dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, zanim udzielę głosu panom ministrom i pani docent, to pozwolą państwo, że powiem kilka zdań podsumowania i moich spostrzeżeń zarówno jako członka Komisji Polityki Senioralnej, jak i córki seniorów, właściwie teraz już jednego seniora. Muszę powiedzieć, że to, że Komisja Polityki Senioralnej zajmuje się obszarem zaopiekowania się – użyję takiego określenia – względem seniorów, to jest bardzo istotne, bardzo ważne działanie, ponieważ to jest grupa, dzięki której funkcjonujemy. Grupa, która jest wartością.

U każdego z państwa wybrzmiewało słowo: edukacja. Tak, właśnie edukacja. To jest ta grupa społeczeństwa, dzięki której edukujemy się. Kiedy oni są już u schyłku swojego ziemskiego życia, jesteśmy im winni ułatwić tę edukację i to przejście na drugą stronę, podając im rękę. Tę rękę powinna podawać najbliższa rodzina. Widać, jak potrzebne jest całościowe zaopiekowanie się społeczeństwem, od pomocy rodzinie w wychowywaniu dzieci, od instytucjonalizacji, jeżeli chodzi o przedszkola, edukację, po wrażliwość, wartości, które potem owocują zarówno w tej przestrzeni ministerialnej, rządowej, ustawodawczej, jak i w każdej jednej rodzinie.

Wysłuchałam państwa z wielką uwagą. Proszę państwa, powiem tak. Wiele osób, które się tu wypowiadały, wskazywało, jak dobre prawo zaczynamy stanowić. Zaczynają być ustawy, proces legislacyjny nakierowany na szeroki wachlarz pomocy tej grupie społeczeństwa. Powiem jedno. Widać bezsprzecznie, że dla tego rządu, zarówno dla Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, jak i Ministerstwa Zdrowia, to jest istotne. Świadczy o tym chociażby przygotowany dokument „Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r." – w ramach bezpieczeństwa, uczestnictwa i solidarności.

Podczas tego posiedzenia z państwa wypowiedzi wynikało, że nie zaopiekujemy się seniorami, udzielając im wyłącznie pomocy lekarskiej czy farmaceutycznej, konieczne jest również zapewnienie im bezpieczeństwa i uczestnictwa, o którym też w tej Komisji mówimy. Jest takie powiedzenie, że w zdrowym ciele zdrowy duch. Jeżeli senior będzie miał zagospodarowaną przestrzeń czasową swojego życia, to będzie mniej sięgał po wizyty u lekarzy, będzie mniej sięgał po leki.

Proszę państwa, bezsprzecznie – i to jest moje zdanie, możecie je państwo podzielać lub nie – wrażliwość opieki i udzielania pomocy seniorom na wielu płaszczyznach to nie tylko prawo, nie tylko przepisy, ale to są ludzie. To są ludzie, którzy pierwsi przygotowują przepisy, a potem je wdrażają. Wypowiedź pani docent bardzo mnie ujęła, było w niej widać tę wrażliwość poprzez chęć pomocy. Mówi się potocznie, że seniorzy to jest ta grupa, która ma czas, więc chodzi od specjalisty do specjalisty. Być może czasami z racji tego, żeby ten czas sobie zagospodarować, żeby mieć kontynuację. Są w kolejkach. Pan minister powiedział bardzo słusznie, że względem prawa każda grupa społeczeństwa jest traktowana jednakowo. Nie można seniorów, dzieci czy osób w wieku produkcyjnym traktować inaczej jako pacjentów. To jest piękne. Natomiast musimy mieć świadomość, że pomoc musi iść w różnych kierunkach.

Mam pytanie do pani docent. Nie ukrywam, że ten pilotażowy program bardzo mnie ujął, bo sama szykuję mnóstwo leków na południe, rano i jeszcze przed wieczorem. Być może jest to podyktowane niespójnością, jeżeli chodzi o specjalistów w zakresie medycyny. Proszę mi powiedzieć, bo pani powiedziała, że pilotażowo 72 farmaceutów będzie przygotowanych, przeszkolonych do udzielania tego typu porad, dwa województwa będą wyłączone. Proszę mi powiedzieć, które to województwa, bo jestem żywo zainteresowana.

Rozumiem, że jeżeli ten pilotażowy eksperyment, że użyję takiego określenia, uda się, to będzie on rozpowszechniony. To jest pomoc skierowana nie tylko do pracowników – bo człowiek idzie do pracy, jest tam osiem godzin czy ma dyżur dziesięć godzin, wraca – ale to między innymi jest też pomoc seniorom, ale i ich rodzinom, które się nimi opiekują. Jeżeli seniorzy mają opiekę w rodzinach, to nie potrzebują instytucjonalnej opieki, co jest, proszę państwa, bardzo istotne.

Chcę jeszcze zwrócić uwagę na jedną rzecz. Edukacja? Tak. Proszę państwa, tylko realnie podejdźmy do sytuacji. Wśród seniorów, o tym powiedziała pani Kaczorowska, jest duża grupa, która nawet nie korzysta z telefonów, nie korzysta z internetu, nawet nie jest w stanie informacji – która będzie w formie ulotkowej czy w formie ogłoszeniowej w prasie, telewizji, radio – wziąć sobie do serca i jej realizować. O tym powiedział pan Kulaszewicz, że natłok informacyjny różnych grup – zarówno tych, które chcą wspierać,

chcą rozweselać to szare życie, ale również i grup przestępczych – powoduje, że szczególnie seniorzy, którzy już mają za sobą bagaż życia, doświadczeń, ciężkiej pracy, obawiają się o własne bezpieczeństwo i o bezpieczeństwo swoich dzieci i wnuków. Edukacja – owszem, ale ta ostrożność… Sama nie wiem, w jaki sposób do nich dotrzeć. Mówię to jako córka 92-letniej mamy. Nie wiem, jak do tych osób dotrzeć tak, aby ich jesień życia była spokojna, była zaopiekowana, a zarazem żeby instytucje, które są do tego powołane, były również wsparciem dla ich najbliższych.

Bardzo proszę pana ministra o udzielenie odpowiedzi, potem panią docent, a potem udzielę panu głosu.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Bromber:

Pani przewodnicząca, panie i panowie, co do tych danych, o których pani poseł mówiła, to te dane przekażemy. Musimy tylko poprosić Centrum e-Zdrowia i te dane przekażemy.

Co do suplementów, to ten temat jest szerszy. Podjęliśmy działania koncepcyjne wspólnie z głównym inspektorem sanitarnym. Przewidujemy większe zmiany w obszarze suplementów. Te treści, o których pani wspomniała, też uznajemy za zasadne. Myślę, że jak będziemy mieli gotowe rozwiązania formalnoprawne, które będą odzwierciedleniem naszych nowych pomysłów, jeżeli chodzi o kwestię regulowania tego rynku suplementów, to poinformujemy państwa.

Co do kwestii deinstytucjonalizacji, o której mówiła pani profesor, to oczywiście ten kierunek jest jak najbardziej zasadny. Te wszystkie działania, które podejmujemy, również uwzględniają ten aspekt, ten komponent. Co do tych dziennych domów i kwestii przesądzenia co do dynamiki zmian – to w tej chwili nie jesteśmy jeszcze na takim etapie, by jednoznacznie odpowiedzieć co do kierunku w takiej formule, ale na pewno sam kierunek oczywiście tak. Co do kwestii leków – to jeśli można, pani przewodnicząca, przekażę głos panu ministrowi.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję panu bardzo za informację.

Pani przewodnicząca, pan minister zadeklarował, że udzieli pani odpowiedzi na piśmie na to dość skomplikowane pytanie. Teraz proszę pana ministra Miłkowskiego o udzielenie informacji. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Bardzo serdecznie dziękuję. Pierwsze pytanie pani przewodniczącej Matysiak dotyczyło losów tej ustawy, zmiany ustawy, która umożliwia dostęp dla innych lekarzy niż lekarz podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta do dokumentacji medycznej, do wydanych przez innych lekarzy leków. Mam informację, że powinno to być przekazane do Sejmu w czerwcu, może na przełomie maja i czerwca. To ustawa, która zmienia bardzo wiele ustaw. Między innymi tam są te zapisy procedowane.

Pytanie dotyczyło liczby zgód wydanych dla lekarzy specjalistów przez osoby 75+. Zadałem pytanie trochę innego rodzaju, jaka ilość, wartość, ilu lekarzy, którzy nie pracują w podstawowej opiece zdrowotnej, wystawiało receptę dla pacjentów 75+. Udzielimy na to odpowiedzi na piśmie. To jest dokładnie ten sam efekt, o który pani pyta. Przedstawiłbym to na piśmie, tak jak poprzednio to zawsze realizowałem.

Czy jest planowane rozszerzenie? Tak jak powiedziałem, w znacznej mierze rozszerzamy Leki 75+ zawsze, jak wprowadzamy nowe grupy. W tym okresie majowej listy to było w bardzo dużej, znaczącej mierze rozszerzenie o leki związane z układem oddechowym. Osoby 75+ w tym zakresie mocno z nich korzystają. To są leki dwuskładnikowe bądź trójskładnikowe, które weszły na listę leków refundowanych. Planujemy również poszerzenie listy tych 2081 leków, które są już na liście. Planujemy, że jeszcze poszerzymy niektóre grupy limitowe, które są najbardziej wskazane dla pacjentów 75+.

Było jeszcze pytanie o zakładanie indywidualnego konta pacjenta w podmiotach leczniczych, w podstawowej opiece zdrowotnej. Mieliśmy taki projekt, program dedykowany dla podstawowej opieki zdrowotnej. Jeszcze kilka lat temu on działał dosyć intensywnie. Podczas przygotowywania sprawozdania za rok ubiegły widzieliśmy, że już właściwie w zdecydowanej większości podstawowa opieka zdrowotna praktycznie w ogóle nie zakłada tego konta dla pacjentów, w tym dla pacjentów 75+.

Myślę, że to były pytania do mnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

O udzielenie odpowiedzi bardzo proszę panią docent.

Koordynator pilotażu przeglądu lekowego Agnieszka Neumann-Podczaska:

Szanowna pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za to pytanie. Bardzo dziękuję też za ten komentarz, który pokazuje, że rzeczywiście to jest ważny obszar i jak faktycznie wspierać seniorów.

Odnosząc się do pierwszej części tego pytania, czyli tego, gdzie mamy dwie białe plamy – małe białe plamy, ale one są – na mapie Polski. Nie mamy zrekrutowanych realizatorów uprawnionych do przeglądu w województwie warmińsko-mazurskim oraz w województwie świętokrzyskim. Tam nie udało się jeszcze farmaceutom uzyskać uprawnień, które pozwalałyby im świadczyć przeglądy lekowe. Natomiast chcę podkreślić, że w rozporządzeniu ministra zdrowia mamy 75 farmaceutów. Skorzysta 1 tys. pacjentów, 1 tys. osób. Przeszkolonych farmaceutów w Polsce mamy w tej chwili już ok. 700. Kolejni są w toku kształcenia. Tego kształcenia bardzo szczególnego, które realizujemy na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, które polega na bezpośrednim zestawieniu farmaceuty z lekarzem i pacjentem. To jest rzeczywiście kształcenie celem nabycia kompetencji.

Odpowiadając na drugą część tego komentarza, tego tak ważnego pytania, jak naprawdę wesprzeć seniorów w ich jesieni życia, żeby ich sprawność funkcjonalna była maksymalna – odnosząc się do tych wcześniejszych wypowiedzi, że często to jest taki obszar, kiedy wykluczenie cyfrowe nie pomaga, kiedy ono tak naprawdę sprawia, że dostęp do IKP i inne rzeczy są trudne, to mamy propozycję, w której ci pacjenci siadają z prawdziwym człowiekiem. Siadają w pokoju konsultacji. Te pokoje są przygotowane, one są regulowane również w rozporządzeniu. Apteki są zatwierdzone przez głównego inspektora farmaceutycznego, przez poszczególne wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne. Siadają w warunkach pewnej intymności, pewnej możliwości rozmowy. Szanowni państwo, nie ma tu takiej sytuacji, w której farmaceuta rozmawia przy okienku, kiedy z tyłu stoi kolejka. To jest dedykowany farmaceuta w dedykowany, ja bym powiedziała, amerykański sposób w pokoju konsultacji. Tam rzeczywiście bardzo wiele tego obszaru to jest obszar w domach pomocy społecznej, to jest obszar w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Te gabinety tam są. U nas zaczęliśmy od aptek ogólnodostępnych. Staliśmy się rzeczywiście takim krajem, który jest w tej chwili mocno obserwowany pod kątem tego, jakie to przyniesie rezultaty. Stany Zjednoczone są również ciekawe tych doświadczeń, bo te doświadczenia mogą być bardzo pozytywne. Sadzamy tam tego człowieka, któremu trudno jest się inaczej skonsultować, z farmaceutą. Tam jest metoda tzw. *brown bag session*. Ta metoda polega na przyniesieniu wszystkich preparatów – nie tylko wypisaniu ich na kartce, bo wiele rzeczy się zgubi, ale przyniesieniu tych toreb – wysypaniu preparatów na stół i podjęciu dyskusji, co musi w tej terapii być, a co być może zostało tam dołączone w celu poprawy jakości życia, a de facto uzyskujemy przeciwny skutek. To jest moment dialogu i tu farmaceuta ma dwie możliwości. To jest ten moment, o którym mówiłam, czyli poprawa bezpieczeństwa rynku suplementów – odnosząc się do tego bardzo ważnego komentarza pani przewodniczącej – poprzez rozmowę farmaceuty z pacjentem i ewidentną poprawę jego stanu wiedzy. Może z nim rozmawiać o tym, co jest potrzebne, a co jest niepotrzebne. Trochę też będąc w takiej równowadze, czy kontrpozycji w stosunku do agresywnej reklamy. On będzie go uczył o tym, co jest dobre, a co nie. Podejmie też decyzję, bo w rękach farmaceuty jest obszar leków bez recepty, jest obszar suplementów. To będzie bezpośrednia rekomendacja. Ta informacja o tym, co się zadziało podczas tej konsultacji, trafia do pacjenta, trafia też do lekarza.

Jest drugi obszar, bardzo ważny, którym zarządzać będą lekarze rodzinni. To sytuacja, w której mamy wielu specjalistów, do których chodzi pacjent, i mamy ten moment, kiedy każdy specjalista patrzy swoimi oczami na pacjenta. Na końcu, o czym mówiła pani przewodnicząca, żeby tę sprawność funkcjonalną utrzymać, żeby ją maksymalizować, potrzeba spojrzenia całościowego. To będzie popatrzenie na tę farmakoterapię z perspektywy parasolowej i rodzaj partnerstwa, wyraźnego partnerstwa. To nie jest

przejęcie nadzoru nad farmakoterapią przez farmaceutę, to nie jest odebranie czegoś lekarzom. To jest wyraźnie parasolowe podejście. Kiedy staje dwóch ekspertów po to, aby te decyzje były najlepsze. To jest ta odpowiedź. Sadzamy pacjenta z żywą osobą, twarzą w twarz, po to, żeby rozmawiać o bezpieczeństwie farmakoterapii.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pozwoli pani, że jeszcze dopytam. Proszę mi powiedzieć, w jaki sposób ten pilotażowy projekt będzie docierał do seniorów. To też jest istotne, bo to jest na dzień dzisiejszy tylko 75 przeszkolonych farmaceutów z dwoma białymi plamami, dwoma województwami. Natomiast w jaki sposób… Kto będzie kwalifikował tych seniorów – czy lekarze?

Koordynator pilotażu przeglądu lekowego Agnieszka Neumann-Podczaska:

Już spieszę z odpowiedzią. Szanowna pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za to pytanie. Mamy 75 wyłonionych realizatorów, bo taka była intencja ustawodawcy, żeby było tylu farmaceutów. Przeszkolonych farmaceutów w Polsce jest już znacznie więcej.

Natomiast informacja do pacjenta jest wystandaryzowana, zatwierdzona przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny, i będzie w formie dużego plakatu umieszczona w aptekach. Lista tych aptek będzie upowszechniana już na dniach na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjenci będą widzieli listę tych aptek bez zakazu łamania reklamy aptek. Liczymy też na efekt kuli śnieżnej, czyli ci pacjenci, którzy w danej, wyłonionej aptece widzą informację o tym, co jest oferowane, powiedzą o tych działaniach dalej. To jest taki moment, w którym budujemy pewien stan świadomości u pacjentów. W pilotażu mamy środki na 1000 osób, ale liczymy, że ta informacja metodą kuli śnieżnej pójdzie dalej, pójdzie wyraźnie dalej pomiędzy pacjentów, oni sobie to przekażą.

W tym procesie będzie de facto brało udział trzech interesariuszy. Do usługi zakwalifikuje farmaceuta – na podstawie zapisów rozporządzenia mamy wyraźny czynnik kwalifikujący pt. polipragmazja. Pacjenci przed 60. rokiem życia to ci, którzy przyjmują pięć leków wydawanych na receptę lekarską, co może łatwo zweryfikować farmaceuta, z uwzględnieniem co najmniej dwóch leków z kategorii leków sercowo-naczyniowych. Ten obszar jest tu bardzo ważny, bo to jest taki obszar, gdzie jest dużo ryzyka zdrowotnego. Pacjenci starsi, którzy kwalifikują się do programu, przyjmują dziesięć preparatów, w to włączamy preparaty Rp i OTC, natomiast oprócz tego jeszcze suplementy diety. Kwalifikuje zatem farmaceuta. To on będzie szukał tych pacjentów, u których widzi po przyjrzeniu się farmakoterapii, że jest w stanie zidentyfikować potencjalnie najwięcej problemów lekowych. Trafiamy zatem w tę grupę najsłabszą, która najbardziej potrzebuje pomocy. Po to, żeby pieniądze płatnika skierować w to właśnie newralgiczne miejsce.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo za wyczerpującą informację. Aczkolwiek gdybyśmy dłużej dyskutowali, to nasuwałyby się jeszcze inne pytania, wątpliwości. Kto nie pyta, ten błądzi, kto nie rozmawia, ten jest w jakichś sposób ograniczony. Bardzo państwu dziękuję.

Czy w tym zakresie ktoś jeszcze ma jakieś pytania? Jeżeli nie, to bardzo dziękuję. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację zarówno ministra zdrowia, rzecznika praw pacjenta na temat ochrony praw starszych pacjentów, jak i informację na temat realizacji programu Leki 75+ oraz planów w zakresie kompleksowego wsparcia pacjentów w wieku senioralnym w zakresie uniknięcia polipragmazji. Bardzo państwu dziękuję. Dziękuję ministrom, dziękuję pani.

Proszę państwa, przechodzimy do trzeciego punktu naszego posiedzenia Komisji. Pan przewodniczący poseł Michał Szczerba przesłał tematy kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na rok 2023. Wcześniej tematy nie zostały przesłane do Komisji, ale pan Szczerba to uczynił mejlowo. Przytoczę je państwu. Pierwszy temat: wycena świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Drugi temat: opieka nad osobami chorymi na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin i opiekunów.

Proszę państwa przechodzimy do spraw różnych. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w ustawie o opłatach abonamentowych funkcjonuje bardzo słuszny i potrzebny art. 4 mówiący o tym, że senior, który nie zarabia zbyt wiele, jest zwolniony z opłaty abonamentowej. Jest to ludzki przepis, taki, jak powinien być, ale w tej beczce miodu jest jednak łyżka dziegciu. Ustęp 3 tego artykułu doprecyzowuje, że zwolnienie to przysługuje seniorowi dopiero wtedy, kiedy zgłosi się do Poczty Polskiej i złoży specjalne oświadczenie, że ma już ten wiek i niewielką emeryturę. W praktyce nasza organizacja spotyka się z przypadkami – ci ludzie zwracają się do nas, to już nie jest pierwszy przypadek, że zgłasza się starszy człowiek rozżalony, rozrzewniony, bo po iluś latach poczta przysłała mu żądanie windykacyjne wraz z odsetkami, grozi komornikiem. Dla niego ta kwota jest już dość istotna, bo ma niewielką emeryturę. Szanowni państwo, mnie to przypomina taką standardową sytuację, jak uczeń jedzie pociągiem, przysługuje mu zniżka, ale zapomniał legitymacji. Z tytułu jemu ta zniżka przysługuje, nie można go karać. Tu wniesiono zapis do ustawy – może przypadkowo, nie do końca to analizując – że karzemy takiego ucznia, że zapomniał legitymacji, brakiem prawa do zniżki.

Wydaje mi się, że to byłaby niewielka zmiana legislacyjna, wręcz drobna, usunąć ten warunek w stosunku do emerytów w tej ustawie. Byłaby to inicjatywa legislacyjna na rzecz seniorów. Myślę, że właśnie najwłaściwsza byłaby tu Komisja, której na sercu leżą seniorzy. Moje pytanie i propozycja, czy nie byłoby warto, żeby Komisja podjęła właśnie taką prostą inicjatywę ustawodawczą, a wielu seniorom załatwiającą dużą sprawę, zupełnie nieistotną z punktu widzenia budżetu. To są naprawdę koszty w ogóle niezauważalne dla budżetu, ale dla pojedynczego człowieka, jak ma nagle zapłacić 1000 zł, a ma niewielką emeryturę, to zaczyna to być tragedia życiowa.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pana sugestia na pewno… Ta Komisja na pewno nie jest odpowiednią Komisją do zajmowania się tego typu sprawami, ale ten przykład pokazuje, że życie wszystkich członków rodziny w symbiozie jest niezbędne, ponieważ ta informacja… Jeżeli senior, który ukończył 75 lat, nie wie, że trzeba się zgłosić, ale żyje z młodszymi osobami, to ma ten przepływ informacji. Na koniec można by tu powiedzieć, że nieznajomość prawa nie zwalnia z prawa. To nie są duże pieniądze. Szanowny panie, tak jak mówię, to nie jest odpowiednia Komisja do tego typu rzeczy, niemniej jednak możemy w prezydium zastanowić się, gdzie można złożyć interpelację poselską czy zapytanie, jeżeli chodzi o właściwą komisję w tej kwestii.

Zanim oddam panu głos, to muszę dokończyć poprzedni punkt dotyczący zgłaszania tematów do kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2023 r. Po przedstawieniu państwu tematów, które zgłosił pan poseł Szczerba, czy ktoś z posłów wnosi… Czy ktoś jest przeciw przyjęciu zaproponowanych tematów? Nie widzę. Zatem stwierdzam, że Komisja przyjęła propozycje tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2023 r.

Teraz bardzo proszę pana Kulaszewicza.

Prezes Fundacji Adaptacja Kordian Kulaszewicz:

Pani przewodnicząca, mam taką propozycję, żeby może odnieść tę prośbę do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji. Przewodniczącym jest tam chyba prof. Kawecki. To jest komisja – ta krajowa rada – gdzie oni chyba od tego zaczynają… To jest tylko moja sugestia.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo za tę informację. Na tym, proszę państwa, wyczerpaliśmy porządek dzienny.

Zamykam posiedzenie Komisji.